

Travail du Service du Professeur Agrégé Marcel Metzger
Maternité de l'Hôpital Bretonneau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BLOCH

Né à Ingwiller (Bas-Rhin), le 4 juin 1890

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SOUFFRANCE FŒTALE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

Travail du Service du Professeur Agrégé Marcel Metzger
Maternité de l'Hôpital Bretonneau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BLOCH

Né à Ingwiller (Bas-Rhin), le 4 juin 1890

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SOUFFRANCE FŒTALE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
LE LORIER, . Clinique Obstétricale.

MM.

LERI. . . . Clinique médicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie,
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
VEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Dont toute la vie fut un magnifique exemple de travail de conscience et de bonté.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma filiale tendresse et de ma profonde affection.

A MA SŒUR BLANCHE

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR JULIEN FRANCK

Chevalier de la Légion d'honneur

Auprès d'eux j'ai toujours trouvé l'appui d'une fidèle affection et des conseils pleins de sollicitude. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma fraternelle affection.

A LUCIE ET RENÉ BLOCH

MES COUSINS

*Leur bonté est inépuisable.
Leur amitié sans défaillance.*

A CLAUDE FRANCK

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Officier de la Légion d'honneur
Accoucheur de la Clinique Tarnier

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Nous lui adressons ici nos remerciements ainsi que l'expression de notre très respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

MARCEL METZGER

Chevalier de la Légion d'honneur

Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau

*Qui nous a fourni l'idée de ce
travail et qui a bien voulu nous
guider de ses conseils éclairés.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

Médecin de l'Hôpital Tenon

*Hommage de nos sentiments
reconnaissants pour l'accueil qu'il
a bien voulu nous faire dans son
service.*

A NOS MAITRES DANS LES FACULTÉS
ET HOPITAUX A L'ÉTRANGER

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANCY

MM. les Professeur WEISS.

Professeur HAUSHALTER (*in memoriam*).

Professeur MEYER (*in memoriam*).

Professeur ETIENNE.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. les Professeur COUVELAIRE, Maternité Bau-
delocque.

Docteur AVIRAGNET, Hôpital des Enfants-
Malades.

Docteur CATHALA, Maternité Saint-Louis.

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Il est d'usage courant d'admettre que l'écoulement du liquide amniotique teinté en vert par le méconium chez une femme en travail, à présentation céphalique, est un signal de détresse lancé par le fœtus qui réclame une intervention urgente pour sortir de sa situation périlleuse.

En se basant donc exclusivement sur la couleur anormale du liquide amniotique et en considérant sa teinte comme un signe d'asphyxie plus ou moins marquée du fœtus, déterminant une paralysie de son sphincter anal, on pourrait être amené à faire des interventions rapides, souvent difficiles et fort traumatisantes, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Or, dans le service de notre Maître M. le Professeur Metzger à l'hôpital Bretonneau et Tenon, le fait de voir s'écouler à la rupture de la poche des eaux un liquide amniotique, même fortement teinté en vert, par du méconium, n'est pas considéré comme un signe de souffrance « actuelle » du fœtus et ne déclenche pas des manœuvres obstétricales difficiles. Il ne peut naturellement pas être question de différer une intervention facile comme un forceps à la vulve par exemple.

•

On n'intervient dans le processus de l'accouchement que si, à l'issue du liquide coloré en vert, se joint un signe autrement significatif, celui d'une modification des bruits du cœur fœtal, *en gardant toujours comme principe de ne faire par cette intervention courir aucun risque important à la mère pour un enfant compromis.*

Par les nombreuses observations que notre maître, avec sa bienveillance habituelle, a bien voulu mettre à notre disposition, ainsi que par celles que nous avons pris nous-mêmes et dont nous faisons suivre les plus probantes, nous allons essayer d'étayer cette politique d'attente armée et de prouver que, non seulement elle est sans danger pour le fœtus, mais qu'elle préserve la mère et l'enfant d'interventions redoutables et souvent inutiles.

Car, comme nous le démontrerons, malgré un liquide fortement coloré dès le début et malgré un travail exceptionnellement long 43 h. 20 m. dans notre observation n° 10 et 13 et même 60 h. 45 m. dans notre observation n° 2, la femme a accouché spontanément d'un enfant vivant qui, dans la suite, a progressé normalement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SOUFFRANCE FŒTALE

I. — ETUDE HISTORIQUE

Depuis Pline le jeune, au premier siècle de notre ère (23-79), qui au paragraphe 13 du XXVIII^e livre de son *Histoire naturelle* fait allusion à l'issue du méconium, il n'est plus question de ce phénomène jusqu'en 1671, où un accoucheur français, Viardel, écrivait :

« Un signe certain et indubitable de la mort de l'enfant en la matrice et qu'aucun autre que lui n'a jamais observé, est que l'enfant a vidé le méconium, et, en quelque situation qu'il soit, si le chirurgien reconnaît ce signe en touchant une femme et que ses doigts paraissent teints d'une couleur noirâtre, il pourra assurer que l'enfant est mort dans la matrice à cause qu'il s'est vidé. »

Dès 1675, Mauriceau, reconnaissant que l'expulsion du méconium est de règle dans l'accouchement par le siège, s'élève contre les idées de Viardel « en quelque situation qu'il soit » et constate qu'il a accouché « des enfants en mauvaise posture qui avaient vidé quantité de méconium et qu'ils étaient

vivants (p. 274). Cependant l'idée de Viardel, atténuée il est vrai, s'est fort répandue.

Presque de son temps des médecins légistes, comme Teichmeyer (5^e édit. 1767) Faselius (1767) admettaient que l'expulsion prématurée du méconium, constatée à l'autopsie, était un signe de la mort intra-utérine de l'enfant.

Kuestner (1898) recommande aux médecins légistes, dans le cas où ils disposeraient de l'arrière-faix, d'y chercher un bon indice de l'asphyxie intra-utérine, la coloration verte par le méconium des membranes de l'œuf de la gélatine de Warthon et de la gaine du cordon ».

Mais, si selon Mauriceau, on a fini par admettre que dans les présentations du siège quelque temps après la rupture des membranes, l'expulsion du méconium ne signale aucun danger pour le fœtus, la controverse subsiste pour les présentations du sommet.

Beaucoup d'accoucheurs en effet voient dans l'émission de méconium un signe du début d'une asphyxie du fœtus et une indication pressante de terminer l'accouchement.

« Quand l'émission de méconium ne se fait que quelque temps après la rupture des membranes, c'est toujours un signe grave de l'asphyxie du fœtus » (Cazeaux 1867).

Cependant, même dans ces cas, quelques auteurs reconnaissent « qu'on a vu plus d'un fœtus ne sortir

qu'au bout de plusieurs heures et naître robuste et bien portant (Velpeau 1835).

« Mais quelquefois, dans les accouchements difficiles, l'émission de méconium précède beaucoup la diminution des bruits du cœur, et dans des cas rares il arrive au fœtus de salir le liquide amniotique pendant l'accouchement et aussi d'une façon exceptionnelle pendant la grossesse sans que sa vie soit en danger » (Olshausen 11^e édit. de Schroeder 1891).

Porak, en 1877, en administrant du sulfate de quinine à des parturientes constata « assez souvent dans les eaux, du méconium qui avait été expulsé peu de temps avant l'accouchement, car les eaux avaient conservé leur coloration normale et les battements du cœur fœtal enregistrés tous les jours, n'avaient jamais été ralentis ».

Runge (Centralblatt für Gynœck, n^o 3) observe pendant l'accouchement l'émission du méconium dans 44 pour 100 des cas sans qu'on ait pu constater une altération des bruits du cœur ou une asphyxie de l'enfant à la naissance, sauf une seule exception.

Jesse, en 1888, dans sa dissertation inaugurale faite à la clinique d'Ahlfeld à Marbourg, d'une statistique de 3304 accouchements en vingt ans, appuie l'opinion d'Ahlfeld qu'il ne faut attacher aucune importance à l'idée que des enfants qui évacuent le contenu de leur intestin pendant l'accouchement se trouvent en danger et viennent au monde la plu-

part du temps en état de mort apparente. Il conclut que l'émission de méconium n'est pas à elle seule une indication de terminer l'accouchement le plus vite possible.

Runge dans un travail (*Les maladies des premiers jours de la vie*, 2^e édit., 1893, p. 9) admet que l'émission de méconium n'est pas à elle seule une indication d'intervenir et qu'elle ne le devient qu'accompagnée de l'altération des bruits du cœur de l'enfant.

ÉTUDE CLINIQUE

M. Lévy dans sa thèse étudiant le liquide amniotique coloré en vert pendant le travail, a décrit pathogéniquement la raison d'être de ce phénomène et en a recherché les causes et la valeur pronostique.

La coloration en vert du liquide amniotique est due à la présence de méconium expulsé par le fœtus. Elle indique d'une manière générale dans toutes les présentations excepté dans celles du siège, une souffrance du fœtus et surtout un trouble dans la circulation utéro-placentaire. La souffrance fœtale est donc la conséquence directe d'une asphyxie due à un trouble de la circulation fœtale.

Sur 17 000 accouchements, Lévy a noté 708 fois la présence de liquide amniotique vert. Dans 16 cas, le fœtus a succombé pendant le travail ou dans les heures qui ont suivi la naissance et dans 33 cas, le fœtus est venu en état de mort apparente et a pu être ranimé.

La conclusion à tirer est, pour Lévy, que le liquide vert indique que le fœtus souffre ou a souffert d'où il est rationnel de dire que le fœtus doit bénéficier d'une intervention rapide si elle est possible pour abréger la longueur du travail.

D'après R. de Seigneux, l'issue de méconium pendant le travail est provoqué par une paralysie du sphincter anal et par l'augmentation du peristaltisme intestinal, provenant d'une trop grande quantité d'acide carbonique dans le sang. Il dénonce toujours une asphyxie amorcée ou inquiétante. Pour cet auteur l'écoulement de méconium dans toutes les présentations, excepté dans celles du siège, est une indication absolue de terminer immédiatement l'accouchement dans tous les cas où cela est possible.

Cette façon de voir, n'est pas entièrement partagée par Cazeaux qui écrit « quand les eaux s'écoulent, la présence de méconium n'est pas toujours un signe fâcheux, il faut pour le juger avoir recours à l'auscultation. Mais quand l'émission du méconium ne se fait que peu de temps après la rupture des membranes, c'est toujours un signe grave d'asphyxie du fœtus.

Mme Nadine de Troudnitzky de son côté, donne dans sa thèse la conclusion suivante : De ce que le méconium delayé dans l'eau amniotique fait issu au cours du travail, il ne faut pas toujours déduire que le fœtus ne succombe rapidement, car dans bon nombre de cas on a pu extraire des enfants tout à fait vivants qui perdaient pourtant du méconium depuis longtemps.

Il y a plus d'un demi siècle, Jacquemier avait écrit : « De tous les phénomènes par lesquels se traduisent les divers états de souffrance d'un enfant encore

renfermé dans les organes maternels, il n'en est pas qui aient de signification plus positive, après les modifications de la circulation, que l'écoulement de méconium. »

Ce signe se manifeste lors de la rupture de la poche des eaux ; le liquide amniotique est alors teinté de vert ou de jaune verdâtre ; parfois le méconium expulsé est si abondant que le liquide amniotique prend une consistance épaisse comme la purée de pois, pouvant présenter toutes les nuances depuis le vert grisâtre jusqu'au vert sombre.

El Materi dans sa thèse, inspirée par notre maître le Prof. agrégé Metzger, a bien mis en relief que le signe le plus fréquent et le plus apparent de la souffrance fœtale, comprenant un ensemble de phénomènes qui traduisent une gêne des échanges entre l'organisme fœtal et l'organisme maternel et qui aboutissent en quelque sorte à l'asphyxie plus ou moins complète du fœtus, est l'expulsion du mécomium ; mais ce signe n'a de valeur que si le mécomium est en quantité suffisamment abondante.

Toutefois, on ne peut admettre que la quantité de mécomium expulsée puisse servir à indiquer d'une façon précise le degré de souffrance du fœtus, car le contenu du gros intestin est variable d'un fœtus à l'autre et cela n'est certainement pas sans influence sur la quantité expulsée, par l'effet de l'asphyxie fœtale.

Peut-on attacher une valeur pronostique à la cou-

leur plus ou moins foncée du liquide amniotique teinté de méconium ?

Dans certains cas, où le liquide amniotique légèrement teinté de méconium avait donné l'éveil, l'auscultation avait révélé un ralentissement exagéré des bruits du cœur.

Dans d'autres cas, par contre, le liquide amniotique était fortement teinté de méconium et pourtant à aucun moment du travail on n'a pu constater un trouble de la circulation et le nouveau-né s'est mis à crier, dès qu'il a vu le jour.

« Le fœtus a pu souffrir un moment, parce que le
« cordon s'est trouvé pris par une contraction entre
« une partie fœtale et le muscle utérin ; mais ce
« cordon s'est échappé, a glissé et la compression
« n'a été que passagère. Au moment où le fœtus a
« souffert, il a évacué du méconium et cette évacuation se prolonge tant que dure sa souffrance.

« Le contenu de l'intestin qui est vert-noirâtre
« dans le bout inférieur et de plus en plus jaune à
« mesure que l'on remonte vers le foie.

« Si le liquide expulsé est franchement vert-
« olive, la souffrance du fœtus est récente, s'il est
« jaunâtre, la souffrance est ancienne et prolongée
« (Metzger).

A la maternité de l'hôpital Tenon il fut relevé un nombre de 238 accouchements à présentation céphalique où il y eut expulsion de méconium sans modifications des bruits du cœur et parmi ces 238 enfants, ayant expulsé du méconium au cours du

travail, 232 ont quitté vivant la maternité : quant aux 6 autres, leur mort ne semble pas avoir été occasionnée par la souffrance.

Comment expliquer, cette bénignité de la souffrance fœtale qui se manifeste par l'expulsion du méconium ? C'est que la cause de la souffrance était en général une compression du cordon. Mais même si cette compression de la tige funiculaire gêne les échanges, (Demelin) et arrive à produire l'asphyxie, cet accident de compression ne constitue presque jamais un obstacle à la circulation fœto-placentaire.

D'autre part, comme nous l'a enseigné notre maître le Professeur agrégé Metzger, le cordon ombilical, grâce à son élasticité ne reste pas longtemps pincé, et s'échappe en glissant devant la cause qui tend à le comprimer, de sorte que la souffrance qui a pu se produire à un moment donné du travail, peut ne plus exister lors de la rupture des membranes. M. Metzger a bien mis en relief le fait physiologique suivant, à savoir que le cordon glisse bien plus souvent dans l'échancrure qui se trouve en avant de l'articulation sacro iliaque et de plus la tête du fœtus se place de telle façon qu'il reste un trou devant l'articulation sacro-iliaque. Quand le cordon tombe dans cette gouttière, il ne semble pas qu'il soit comprimé.

Ces faits avaient déjà été entrevus par Jacquemier et Tarnier. « Il peut arriver, dit le premier de ces accoucheurs, que ce qui a menacé la vie du fœtus

ait disparu et que la circulation ayant repris toute sa force et toute sa régularité, de l'eau teintée de méconium ne continue pas moins à s'écouler et, si on négligeait les recherches stéthoscopiques, pour s'en rapporter à cette circonstance ou à quelques autres, on agirait, alors qu'il n'y a rien à faire.

De même a écrit Tarnier : « De ce que le méconium est délayé dans l'eau amniotique, il ne faut pas toujours conclure que le fœtus va succomber rapidement, car dans nombre de cas, nous avons pu extraire vivants des enfants qui perdaient du méconium depuis longtemps (vingt-six heures dans un cas).

D'après notre maître le Professeur agrégé Metzger, l'expulsion du méconium pendant le travail, doit être un signe dont la valeur réside en ce qu'il avertit et attire l'attention pour une auscultation plus soignée, plus vigilante et répétée des bruits du cœur du fœtus. Ce sont les modifications des bruits cardiaques qui prennent une valeur capitale, modifications pouvant se traduire par un ralentissement exagéré, soit par un affaiblissement d'intensité soit finalement par une irrégularité du rythme (Demelin).

Mais là encore, il ne faut intervenir qu'à bon escient et ne pas mettre en danger la vie de la mère, pour un enfant déjà compromis.

El Materi a rapporté dans sa thèse 52 observations où il y avait souffrance du fœtus, avec modification des bruits du cœur. 28 fois il y eut nécessité

d'opérer ; 27 fois par forceps et une fois par une incision du col. 24 autres fois l'accouchement fut spontané, malgré l'état d'altération des bruits du cœur.

Parmi ces 27 enfants, trois n'ont pu être ranimés ; douze sont nés à l'état de mort apparente ou étonnés. ils ont tous été ranimés après avoir reçu des soins qui ont duré de dix à trente minutes et ont continué à vivre. Les neuf autres enfin, ont crié dès qu'ils sont venus au monde et ne présentaient aucune trace de leur souffrance antérieure.

En résumé sur ces 24 accouchements, 21 se sont terminés par l'expulsion spontanée d'enfants vivants et bien portants.

Cette résistance particulière du fœtus à l'asphyxie est, d'après Pinard et Ribemont-Dessaigne, due à la quantité minime d'oxygène qui suffit à la vie intra-utérine. Le fœtus n'a besoin que de fort peu d'oxygène en raison du peu d'intensité des combustions ; il perd peu de calorique, puisqu'il n'a pas de déperdition de chaleur par rayonnement et qu'il n'y a pas d'évaporation à la surface du corps, ni à la surface des poumons. Aussi faut-il au fœtus au cours du travail une suppression d'oxygène d'une certaine durée et assez complète, pour qu'il succombe à l'asphyxie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme Dev..., 23 ans. II-pare. A terme.

Antécédents obstétricaux. — Premier accouchement au forceps pour lenteur du travail, après dilatation artificielle.

Examen. — A l'entrée dans le service le 17 octobre 1927 à 3 heures.

Dilatation petite paume. Tête engagée.

Bruits du cœur normaux. Il s'écoule un liquide amniotique teinté de méconium.

A 5 h. 45 expulsion spontanée d'un garçon vivant et pesant 4.050 gr.

Durée totale du travail 4 h. 45.

Placenta 600 gr.

Progression de l'enfant. — Le 19 octobre 3.620 gr. A la sortie le 23 octobre 3.925 gr.

OBSERVATION II

Mme Parm..., 24 ans. II-pare. A terme.

Antécédents obstétricaux. — Premier accouchement normal.

Examen. — 12 avril 1928 à 0 h. 30.

Col effacé. Bruits du cœur normaux.

A la rupture de la poche des eaux il s'écoule un liquide amniotique franchement teinté de méconium.

Les bruits du cœur restent normaux.

14 avril 1928. — A 12 h. 45 expulsion spontanée d'un garçon pesant 4.270 gr. qui crie aussitôt.

Durée totale du travail 60 h. 45.

Placenta 700 gr.

Progression de l'enfant. — Le 17 avril 3.820 gr., le 23 avril à sa sortie 4.060 gr.

OBSERVATION III

Mme Pir..., 26 ans. I-pare. A terme.

Jamais malade.

Examen. — 9 janvier 1928 à 15 h. 30. O. I. G. A. Dilatation 50 centimes.

Bruits du cœur normaux. Liquide amniotique fortement teinté de méconium.

10 janvier à 0 h. 20. Expulsion après épisiotomie gauche d'une fille vivante pesant 3.150 gr.

Durée totale du travail 12 h. 20.

Placenta 550 gr.

Progression de l'enfant. — Le 12 janvier 2.875 gr., le 16 janvier à sa sortie 2.975 gr.

OBSERVATION IV

Mme Kra..., V-pare. A terme, 37 ans.

Antécédents obstétricaux. — 4 accouchements normaux.

Examen. — 15 janvier 1929 10 h. 15. Tête engagée.
O. I. G. A.

Bruits du cœur normaux.

Liquide amniotique très teinté de méconium.

10 h. 45. Expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 3.700 gr.

Durée totale du travail 17 h. 45.

Placenta 550 gr.

Progression de l'enfant. — Le 18 janvier 3.300 gr., le 24 janvier à la sortie 3.425 gr.

OBSERVATION V

Mme Mat..., 34 ans. III-pare. A terme.

Antécédents. — Tumeur blanche du genou à 10 ans.

Examen. — 21 janvier 1928 à 9 h. 10. O. I. G. A. Dilatation grande paume.

Bruits du cœur normaux. Ecoulement de liquide amniotique teinté de méconium.

10 h. 45. Expulsion spontanée d'une fille pesant 4.000 gr. qui crie aussitôt.

Durée totale du travail 4 h. 15.

Placenta 650 gr.

Hémorragie après la délivrance sans dommage pour la femme.

Progression de l'enfant. — Le 23 janvier 3.600 gr., à la sortie le 28 janvier 3.850 gr.

OBSERVATION VI

Mme Pay..., 30 ans. III-pare. A terme.

Examen. — 11 janvier 1928 à 5 h. 30. Dilatation complète.

Bruits du cœur normaux. Liquide amniotique très teinté de méconium.

Expulsion à 6 h. 50 d'un garçon vivant pesant 4.150 gr.

Durée totale du travail 6 h. 50.

Placenta 500 gr.

Progression de l'enfant. — Le 13 janvier 3.900 gr., à la sortie le 21 janvier 4.175 gr.

OBSERVATION VII

Mme Pa..., 17 ans. I-pare. A terme.

Il y a 5 jours la femme a contracté une grippe et elle tousse encore.

Examen. — 23 janvier 1928 à 5 h. 20. Dilatation comme 2 francs. O. I. G. A. Bruits du cœur normaux.

Ecoulement de liquide amniotique teinté de méconium.

Expulsion à 17 h. 20 d'une fille vivante pesant 3.920 gr. qui crie après désobstruction des voies respiratoires.

Durée totale du travail 13 h. 20.

Placenta 670 gr.

Progression de l'enfant. — Le 26 janvier 3.700 gr., à la sortie le 31 janvier 3.925 gr.

OBSERVATION VIII

Mme Das..., 35 ans. V-pare. A terme.

Antécédents obstétricaux. — 4 accouchements normaux.

Examen. — Le 10 février 1928 à 11 h. 45. Dilatation comme 5 francs. O. I. G. A. Bruits du cœur normaux.

Ecoulement de liquide amniotique teinté de méconium.

Expulsion spontanée à 17 h. 25 d'un garçon pesant 4.350 gr. qui crie aussitôt.

Durée totale du travail 8 h. 25.

Placenta 800 gr.

Progression de l'enfant. — Le 13 février 3.875, à la sortie le 18 février 4.125.

OBSERVATION IX

Mme From..., 21 ans. II-pare. A terme.

Antécédents. — Insuffisance mitrale.

Examen. — Le 13 juin 1928 à 3 h. 20. Dilatation comme 5 francs.

Bruits du cœur normaux.

Ecoulement de liquide amniotique teinté de méconium.

4 h. 30 expulsion spontanée d'un garçon pesant 3.900 gr.

Durée totale du travail 7 h. 30 m.

Placenta 580 gr.

Progression de l'enfant. — Le 15 juin 3.525 gr., à la sortie le 19 juin 3.675 gr.

OBSERVATION X

Mme Gro..., 28 ans. I-pare. A terme.

Examen. — 8 juillet 1928, à 13 h. Tête engagée.

O. I. D. P. Dilatation comme 1 franc.

Bruits du cœur normaux.

17 h. rupture de la poche des eaux : il s'écoule un liquide amniotique teinté de méconium.

Les bruits du cœur restent normaux.

9 juillet à 22 h. 20 m. expulsion spontanée en O. S. d'un garçon pesant 3.030 gr. qui crie aussitôt.

Durée totale du travail, 43 h. 20 m.

Placenta 510 gr.

Progression de l'enfant. — Le 11 juillet 2.870 gr., à sa sortie le 20 juillet 3.275 gr.

OBSERVATION XI

Mme Pru..., 21 ans. I-pare. A terme.

Examen. — Le 6 avril 1929, à 9 h. 30 m.

Col en voie d'effacement ; tête engagée.

Bruits du cœur normaux.

15 h. 15. Dilatation comme 1 franc.

Bruits du cœur normaux.

Le 7 avril à 1 h. Rupture de la poche des eaux : il s'écoule un liquide amniotique, fortement teinté de méconium.

Bruits du cœur normaux.

1. h. 30 expulsion d'un garçon vivant de 2.850 gr.

Durée totale du travail : 29 h. 20 m.

Placenta 380 gr.

Progression de l'enfant. — Le 8 avril 2.600 gr., le 17 avril à sa sortie 2.880 gr.

OBSERVATION XII

Mme Spa..., IV-pare. A terme.

Antécédents. — 3 grossesses normales. Pendant sa quatrième une crise appendiculaire traitée médicalement.

Examen. — Le 17 février 1927 à 20 h. Tête mobile. Dilatation comme 1 franc.

Bruits du cœur normaux.

18 février à 1 h. 30 m. Rupture de la poche des eaux, écoulement de liquide amniotique teinté de méconium.

Bruits du cœur restent normaux.

2 h. 5 m. Expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 3.430 gr.

Durée totale du travail 21 h. 30 m.

Délivrance 620 gr.

Progression de l'enfant. — Le 21 février 3.225 gr., à la sortie le 28 février 3.430 gr.

OBSERVATION XIII

Mme Di..., 23 ans. I-pare. A terme.

Examen. — 5 avril 1928 à 11 h. Tête mobile. Dos à gauche. Col long.

Bruits du cœur normaux.

22 h. Rupture de la poche des eaux. Dilat. petite paume liquide amniotique légèrement teinté.

7 h. Liquide amniotique fortement teinté de méconium. Bruits du cœur accélérés. Violentes douleurs.

10 h. : 2 centigr. de chlorhydrate de morphine sous-cutané. Douleurs moins violentes.

Bruits du cœur normaux.

13 h. Dilatation complète.

14 h. 30. Après épisiotomie, expulsion d'un garçon pesant 4.320 gr. qui crie aussitôt.

Durée totale du travail 43 heures.

Placenta 860 gr.

Progression de l'enfant. — Le 9 avril 3.690 gr., à sa sortie le 13 avril 4.230 gr.

OBSERVATION XIV

Mlle Rap..., 16 ans. I-pare. A terme.

Antécédents obstétricaux. — Bassin généralement rétréci.

Examen. — 16 février 1928 à 15 h. ; tête engagée O.I.G.A.

Bruits du cœur normaux.

18 h. A la rupture de la poche des eaux il s'écoule un liquide amniotique teinté de méconium.

Bruits du cœur normaux.

21 h. 30. — Expulsion spontanée d'une fille de 2.570 gr. vivante, en même temps s'échappe un flot de liquide amniotique fortement coloré en vert.

22 h. 15. Délivrance naturelle pesant 430 gr.

Durée totale du travail 14 h. 30 m.

Progression de l'enfant. — Le 19 février 2.320 gr., à sa sortie 2.400 gr. le 24 février.

OBSERVATION XV

Mme Gour..., 20 ans. II-pare. A terme.

Examen. — 10 mai 1929 à 3 h. Dilatation complète.

La poche des eaux bombe ; après sa rupture il s'écoule un liquide amniotique fortement teinté de méconium.

Bruits du cœur normaux.

3 h. 15. Expulsion spontanée d'un garçon pesant 3.720 gr. qui porte une circulaire serrée, mais crie aussitôt.

Durée totale du travail 6 h.

Délivrance 440 gr.

Progression de l'enfant. — Le 13 mai 3.420 gr., à sa sortie le 20 mai 3.790.

OBSERVATION XVI

Mme Car..., 35 ans. VI-pare. A terme.

Antécédents obstétricaux. — Premier accouchement. Forceps pour durée trop longue du travail : enfant mort après 6 jours.

Deuxième grossesse enfant mort-né.

Les 3 autres accouchements ont été normaux.

Examen. — 23 mars 1928 à 18 h. 30. Dilatation comme 2 francs.

Bruits du cœur normaux.

6 h. 30. Rupture de la poche des eaux ; il s'écoule un liquide amniotique verdâtre.

Bruits du cœur restent normaux.

9 h. 55 expulsion spontanée d'une fille pesant 4070 gr. qui crie.

Durée totale du travail 3 h. 20 m.

Progression de l'enfant. — Le 26 mars 3.900 gr., à la sortie le 31 mars 4.070 gr.

OBSERVATION XVII

Mme Paga... XI-pare. A terme.

Antécédents obstétricaux. — Le 6^e accouchement était prématuré (8 mois), au 9^e la femme a subi une révision utérine.

Examen. — 17 avril 1928 à 9 h. Dilatation comme une grande paume.

Sommet en O. I. D. P. Bruits du cœur normaux.

16 h. 45. Rupture spontanée de la poche des eaux ; il s'écoule un liquide amniotique teinté en vert.

Bruits du cœur restent normaux.

18 h. Expulsion spontanée d'une fille vivante de 4.150 gr.

Durée totale du travail 9 h.

Placenta 670 gr.

OBSERVATION XVIII

Mme Mul... 21 ans. 1-pare. A terme.

Examen. — 15 oct. 1928 à 12 h. Dilatation comme 50 centimes.

O. I. S. P. A. Bruits du cœur normaux.

21 h. Rupture de la poche des eaux. Liquide normal.

22 h. 10 m. Ecoulement du liquide épais teinté de méconium.

22 h. 15 m. Expulsion spontanée d'un garçon pesant 3.150 gr. avec une circulaire serrée ; l'enfant crie aussitôt.

Durée totale du travail 8 h.

Placenta 550 gr.

Progression de l'enfant. — Le 18 oct. 2.820 gr., à la sortie le 25 oct. 3.100 gr.

OBSERVATION XIX

Mme St. M... 19 ans. 1-pare.

Examen. — 21 janv. 1929 à 18 h. 30 m. Dilatat. comme 50 centimes. Tête engagée. Bruits du cœur normaux.

23 h. 30. Ecoulement de liquide amniotique teinté de méconium. Bruits du cœur normaux.

22 janv. à 0 h. 45. La femme a une vulve œdématiée elle pousse, déchirure centrale du périnée.

Expulsion d'un garçon vivant de 4.850 gr.

Durée du travail 7 h. 30 m.

Placenta 700 gr.

Suites de couches normales.

Progression de l'enfant. — 24 janv. 4.425 ; le 3 février 4.750 gr. à sa sortie le 11 fév. 4.850 gr.

OBSERVATION XX

Mme Hurt..., 30 ans. I-pare. A terme.

Examen. — 19 février 1929 à 15 h. Dilatation comme 50 centimes.

Bruits du cœur normaux.

20 février 0 h. 15 m. Rupture des membranes.

Ecoulement de liquide amniotique teinté de méconium.

Bruits du cœur normaux.

1 h. 15. Expulsion spontanée d'une fille pesant 2.370 gr. déchirure de la fourchette.

Durée totale du travail 13 h. 15 m.

Placenta 500 gr.

Progression de l'enfant. — 22 fév. 2.300 gr., à sa sortie le 29 fév. 2.550 gr.

OBSERVATION XXI

Mme Deco... 26 ans. IV-pare. A terme.

Antécédents obstétricaux. — Trois accouchements normaux.

Examen. — 17 mai 1929 à 9 h. Col en voie d'effacement.

Bruits du cœur normaux.

18 mai. Les bruits du cœur restent normaux.

10 h. 15. Rupture de la poche des eaux; liquide amniotique fortement coloré par le méconium.

10 h. 20. Expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 2.930 gr.

Durée totale du travail 25 h. 20 m.

Placenta 540 gr. ; insertion du cordon en raquette.

Progression de l'enfant. — 21 mai 2.575 gr.; à sa sortie le 26 mai 2.775 gr.

OBSERVATION XXII

Mme Ri... 31 ans. I-pare. Terme.

Examen. — 13 avril 1929 à 6 h. 15 m. Tête mobile. Col en voie d'effacement. Bruits du cœur normaux.

15 h. Tête fixée, dilatation petite paume.

15 h. 10. Rupture de la poche des eaux, liquide amniotique teinté de méconium. Bruits du cœur restent normaux.

16 h. 20. Bruits du cœur normaux. Douleurs subintrantes ; on fait de l'expression abdominale.

16 h. 25. Expulsion d'une fille de 2.690 gr. avec une circulatoire, mais qui respire et crie après désobstruction du

larynx. Il s'écoule également du liquide fortement teinté de vert.

Durée totale du travail 17 h. 10.

Progression de l'enfant. — Le 17 avril 2.450 gr.; à sa sortie le 24 avril 2.720 gr.

OBSERVATION XXIII

Mme Val... 35 ans. I-pare. A terme.

Antécédents obstétricaux. — L'utérus porte en bas et à gauche un noyau fibreux de la grosseur d'une noix confirmé par une radio faite au 5^e mois.

Examen. — 23 avril 1929 à 6 h. Tête engagée. Dilatation comme 1 franc.

Bruits du cœur normaux.

16 h. Œdème du col. Bruits du cœur normaux.

19 h. 30. Bruits du cœur ralentis. La femme expulse un liquide fortement teinté en vert.

19 h. 45. La femme expulse un garçon vivant de 3.330 gr. qui crie aussitôt.

Frisson physiologique très violent qui cesse après une compression de l'abdomen d'environ 5 minutes.

Durée totale du travail 13 h. 45 m.

Placenta 530 gr.

Petite hémorragie.

Suites de couches normales.

Progression de l'enfant. — Le 20 avril 3.560; à la sortie le 6 mai 3.530 gr.

OBSERVATION XXIV

Mme Mart..., 40 ans. V-pare. A terme.

Antécédents. — Déviation de la colonne vertébrale.

Souffle systolique.

Examen. — 25 avril 1928 à 15 h. 30 m. Tête engagée.

Dilatation comme 5 francs.

Bruits du cœur normaux.

20 h. 20. On rompt la poche des eaux ; il s'écoule un liquide amniotique fortement teinté de méconium.

Bruits du cœur normaux.

20 h. 30. Expulsion spontanée d'un garçon de 4.060 gr. qui crie.

Durée totale du travail 10 h. 30 m.

Placenta 600 gr.

Suite de couches normales.

Progression de l'enfant. — Le 29 avril 3.560, à la sortie le 6 mai 4.000 gr.

OBSERVATION XXV

Mme Jay..., 36 ans. IV-pare. A terme.

Examen. — 23 avril 1929, à 15 h. Tête mobile. Col long.

Bruits du cœur normaux.

23 h. Rupture de la poche des eaux. Ecoulement de liquide amniotique teinté de méconium.

Bruits du cœur restent normaux.

23 h. 15. Expulsion spontanée d'un enfant masculin.

Après épisiotomie, de 3.200 gr. portant une circulaire et qui crie aussitôt.

Durée totale du travail 33 heures.

Placenta 550 gr.

Progression de l'enfant. — Le 26 avril 2.800 gr. ; à sa sortie le 5 mai 3.350 gr.

OBSERVATION XXVI

Mme Troe..., 40 ans, III-pare.

Antécédents. — B.-W. positif, traitée depuis 4 ans.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse accouchement à 8 mois, enfant mort après 15 jours. Deuxième grossesse se termine après 3 mois et demi par un avortement.

Examen. — 10 avril 1929, à 9 h. 30. Tête mobile. Dos à droite. Col long.

Bruits du cœur normaux.

11 avril à 16 heures. Bruits du cœur normaux.

18 h. 40. Dilatation complète. Rupture de la poche des eaux, écoulement de liquide teinté de méconium.

19 heures. Expulsion d'une fille après épisiotomie et déchirure du périnée, de 3.480 gr. qui crie aussitôt.

Durée totale du travail, 24 heures.

Placenta 660 gr.

Progression de l'enfant. — Le 15 avril 3.100 gr. ; à sa sortie le 20 avril 3.425 gr.

OBSERVATION XXVII

Mme Dem..., 27 ans. I-pare. A terme.

Antécédents. — Légère scoliose et lordose. Bassin légèrement touché, on accède au promontoire.

Examen. — 1^{er} juin 1929, 5 h. Tête non engagée, mobile. Dos à droite. Dilatation comme 50 centimes. Bruits du cœur normaux.

7 heures, écoulement de liquide amniotique teinté de méconium. Bruits du cœur normaux.

8 h. 20, fortes douleurs. Bruits du cœur normaux.

8 heures 40, deux centigr. de morphine pour calmer les douleurs très rapprochées et exaspérantes.

10 h. Bruits du cœur normaux. Douleurs espacées.

14 heures, tête engagée. Dilatation comme petite paume.

16 heures. Dilatation complète.

17 heures 35. Expulsion spontanée d'un garçon pesant 3.170 gr. qui crie aussitôt.

Durée totale du travail : 17 h. 35 m.

Placenta 620 gr.

Suite de couches normales.

Progression de l'enfant : le 4 juin 2.975 ; à la sortie le 6 juin 3.100 gr.

CONCLUSIONS

1° L'issue de liquide amniotique teinté en vert par le méconium, chez une parturiente à engagement céphalique, ne peut à lui seul signifier souffrance « actuelle » du fœtus.

2° En cas de souffrance fœtale, même avec modification des bruits du cœur, la conduite à suivre n'est pas comme on le dit souvent de terminer rapidement l'accouchement, mais de patienter et de temporiser et surtout de ne pas se livrer à des interventions susceptibles de nuire à la mère et à l'enfant.

3° Si l'intervention est simple, dilatation complète, tête bien engagée et si on se trouve dans de bonnes conditions, il vaut mieux intervenir.

4° S'il s'agit d'une intervention susceptible de faire courir des risques à la mère, il vaut mieux patienter.

Car pour la mère, si la dilatation n'est pas complète, il y a danger ; pour le fœtus, si la tête n'est pas engagée, il y a risque de faire une application de forceps néfaste et si le fœtus est compromis, l'opération

ne le sauvera pas ; en plus il peut résister et en fait résiste longtemps.

« Il ne faut pas risquer de tuer l'enfant sous prétexte de le sauver (Metzger). »

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bar, Brindeau, Chamberlent.* — La pratique de l'art des accouchements.
- Deakin (S.).* — Is the discharge of meconium a proof of live birth (Indian Med. J., 1885).
- Demelin et Devraigne.* — Manuel de l'accoucheur.
- Depaul.* — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- Dubrisay et Jeannin.* — Précis d'accouchements.
- Fabre.* — Précis d'obstétrique.
- Gillet (F.).* — Le méconium. Thèse Lyon, 1903.
- Geijrot.* — Ecoulement du méconium au cours de l'accouchement. Relation avec l'asphyxie intra-utérine (Hygiea, 16 déc. 1920).
- Gruggisberg.* — Indications fœtales pour la terminaison de l'accouchement (Schweiz. Med. Wochen., n° 2, 1922).
- Jacquemier.* — Article accouchement du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- Jesse.* — Die Bedeutung des Abgangs von Kindspech während der Geburt. Thèse Marbourg, 1888.
- Lévy (M.).* — Etude du liquide amniotique coloré en vert pendant le travail. Thèse Paris, 1893.
- Mahmond el Materi.* — Contribution à l'étude de la souffrance du fœtus au cours du travail. Thèse Paris, 1926.
- Maygrier et Schwab.* — Précis d'obstétrique.
- Metzger (M.).* — L'accoucheur moderne.
— La vie et la mort du cordon ombilical (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 3^e série).
- Pouget et Houel.* — Persistance de la vie de l'enfant après disparition des bruits du cœur et des battements funiculaires au cours du travail (Soc. d'Obstétrique et de Gynéc. de Paris, 1922).
- Ribemont-Dessaigne et Lepage.* — Traité d'obstétrique.

Rouvier. — Traité d'obstétrique normale et de puériculture pré et post natale.

Rossa. — Ueber die Bedeutung und Oetiologie des vorzeitigen Meconiumabganges (Arch. für Gynecol., 1894).

Rudaux, Grosse, Le Lorier. — Clinique et thérapeutique obstétricales du praticien.

Tarnier et Chantreuil. — Traité d'accouchements.

Trudnitzky (Nadine de). — Etude sur le liquide amniotique vert considéré comme signe de souffrance chez l'enfant. Thèse Lille, 1893.

Vignes. — Physiologie obstétricale.

Wallich et Lévy-Solal. — Eléments d'obstétrique.

Zweifel. — Untersuchungen über das Meconium (Arch. für Gyn., 1874-1875).

